N° 10

DES

PSEUDO-MÉTRITES

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 28 Novembre 1902

PAR

Alfred ARTUS

Ancien Externe des Hôpitaux (Concours 1900)

Né à Bastia (Corse), le 11 Juillet 1877

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

ACAD. MED. RAT. BIBL.

MONTPELLIER

IMPRIMERIE DELORD-BOEHM ET MARTIAL

ÉDITEURS DU NOUVEAU MONTPELLIER MÉDICAL

1902

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. MAIRET (✻)..... DOYEN
FORGUE..... ASSESSEUR

PROFESSEURS :

Clinique médicale	MM. GRASSET (✻).
Clinique chirurgicale	TEDENAT.
Clinique obstétricale et Gynécologie	GRYNFELTT
— Charg. du Cours, M. PUECH.	
Thérapeutique et Matière médicale	HAMELIN (✻).
Clinique médicale	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses	MAIRET (✻).
Physique médicale	IMBERT.
Botanique et Histoire naturelle médicale	GRANEL.
Clinique chirurgicale	FORGUE.
Clinique ophtalmologique	TRUC.
Chimie médicale et Pharmacie	VILLE.
Physiologie	HEDON.
Histologie	VIALLETON.
Pathologie interne	DUCAMP.
Anatomie	GILIS.
Opérations et Appareils	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et Toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL.
Anatomie pathologique	BOSC.
Hygiène	BERTIN-SANS H.

Doyen honoraire : M. VIALLETON.
Professeurs honoraires : MM. JAUMES, PAULET (O. ✻).

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Accouchements	MM. VALLOIS, agrégé.
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	BROUSSE, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards	VEDEL, agrégé.
Pathologie externe	IMBERT Léon, agrégé.
Pathologie générale	RAYMOND, agrégé.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM. BROUSSE.	MM. VALLOIS.	MM. L. IMBERT.
RAUZIER.	MOURET.	VEDEL.
MOITESSIER.	GALAVIELLE.	JEANBRAU.
DE ROUVILLE.	RAYMOND.	POUJOL.
PUECH.	VIRES.	

MM. H. GOT, *Secrétaire.*

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. TÉDENAT, Professeur, *Président.* | MM. IMBERT, Agrégé.
ESTOR, Professeur. | JEANBRAU, Agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA MÈRE

A MON PÈRE

A. Artus.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR TÉDENAT

A MONSIEUR LE PROFESSEUR VILLE

A. ARTUS.

AVANT-PROPOS

C'est une vieille et touchante coutume que les nouveaux docteurs, admis à présenter leur thèse, dédient ce premier travail, qui souvent est le dernier, à leurs parents, à leurs maîtres, à leurs amis, à tous ceux dont ils ont éprouvé, au cours de leurs études, la tendresse ou la bienveillance, et auxquels ils sont heureux d'offrir en une occasion peut-être unique, le témoignage public de leur reconnaissance et de leur affection.

Le moment est venu pour nous de nous conformer à cet usage. Nous le faisons d'autant plus volontiers que nous sentons plus vivement, à l'heure où nous allons être livré à nous-même, le prix des services qu'on nous a rendus, des bons conseils qu'on nous a donnés. Ce nous est une émotion bien douce, en cet instant, de jeter un regard en arrière sur le chemin parcouru et d'évoquer le souvenir de ceux qui nous ont conduit d'étape en étape, nous rendant la route le plus souvent agréable et toujours facile.

Ce sont d'abord nos parents, qui ont fait pour nous ce que seuls savent et peuvent faire un père et une mère et ce qu'un fils ne saurait trop louer : car ses paroles sont toujours

trop faibles et ne traduisent qu'à demi ce qu'il ressent au fond du cœur.

C'est notre oncle, M. le général Joffre, dont les sages avertissements et la discrète sollicitude nous ont été maintes fois si précieux. Nous le remercions du meilleur de notre âme et le prions de ne pas nous abandonner encore : de bons conseils et de beaux exemples ne sont jamais superflus.

C'est encore notre oncle, M. François Joffre, et sa charmante famille qui nous ont toujours réservé un si cordial accueil, une si affectueuse hospitalité.

C'est notre maître, M. le professeur Tédenat, dont nous n'osons faire l'éloge dans la crainte de lui déplaire, mais auquel nous disons en toute sincérité que nous garderons un souvenir ému de son caractère avenant, de sa science, de sa verve, de sa bonté.

C'est M. le professeur Ville, notre compatriote, qui nous a témoigné tant de bienveillance ; ce sont tous nos maîtres de la Faculté et en particulier MM. Forgue, Puech, Vires, de Rouville, Imbert et Estor, dont il ne nous appartient pas de faire l'éloge, mais auxquels il nous est bien permis d'apporter l'hommage de notre admiration respectueuse.

Ce sont enfin tous nos amis, avec qui nous venons de vivre les meilleures années de notre jeunesse, partageant les mêmes plaisirs, souffrant des mêmes déboires, nous confiant nos projets d'avenir, nos espérances et nos illusions, n'ayant plus en définitive qu'une âme et qu'une pensée. Et c'est pourquoi nous souffrons aujourd'hui de nous séparer

d'eux, surtout des plus intimes, de nos compagnons d'enfance Bassède, Douffiagues, Pallarès et Vaqué. Du moins ne les oublierons-nous pas ; les nécessités de l'existence auront beau nous disperser, nos cœurs resteront unis.

Et puisque voilà réunis, en un même souvenir, tous ceux qui à tant de titres nous sont chers, qu'ils nous permettent de leur dédier ce modeste travail, fruit d'une expérience encore un peu précoce, qui témoignera sinon de notre savoir au moins de notre bon vouloir, qui en tout cas nous aura fourni une occasion désirée d'acquitter notre dette d'affectueuse reconnaissance.

DES

PSEUDO-MÉTRITES

INTRODUCTION

Le gonocoque et le streptocoque sont, en général, à l'origine des endométrites. Très souvent, cependant, on constate certains signes objectifs de l'endométrite, tels que : leucorrhée, métrorrhagies, hypertrophie du col ou du corps utérin, sans qu'il y ait infection, et en pareille circonstance, il est à remarquer que l'intensité des phénomènes subjectifs est accusée de façon anormale.

Ces troubles utérins, dont l'origine est souvent difficile à déceler, paraissent être le fait de la rétention de débris du placenta ou des membranes, de cardiopathies, d'affections du rein ou du foie, de certaines maladies infectieuses, enfin et surtout, du neuro-arthritisme.

C'est à l'étude de ces pseudo-métrites que nous avons consacré ce travail, sur les conseils de notre maître M. le professeur Tédenat.

HISTORIQUE

La conception d'une variété à part des états morbides de l'utérus n'est pas de date récente. On ne fait que revenir aujourd'hui aux théories des anciens auteurs. Ceux-ci distinguaient déjà une « métrite catarrhale » et une « métrite parenchymateuse ». Duparcque, Lisfranc, Becquerel, ont eu le mérite de signaler les premiers, les gros utérus engorgés, congestionnés, longtemps compatibles avec une bonne santé générale.

La congestion était considérée comme le point de départ de toutes les affections de l'utérus. « Dans beaucoup de cas de métrite, disait *Kiwisch* en 1854, aucune inflammation n'a pu être démontrée. Les lésions semblent seulement dues à un état morbide de l'utérus, déterminé par une stase sanguine. C'est ce qu'on observe souvent dans les conditions puerpérales suivantes : Rétention des membranes. Avortement ».

En 1857, *Aran* démontre magistralement l'influence de la congestion utérine sur la marche des lésions.

En 1866, *Courty*, le savant gynécologiste de Montpellier, veut maintenir la congestion comme un type morbide à part. On trouve, dans son « Traité pratique des maladies de l'utérus et de ses annexes », des distinctions peut-être un peu subtiles, des divers engorgements de l'utérus, mais qui sont des chefs-d'œuvre d'observation fine et méticuleuse.

En 1873, *Gallard* déclare le mot « inflammation » insuffisant. « Il est incontestable, dit-il, qu'il existe un état mor-

bide, caractérisé par une distension des vaisseaux, résultant de causes mécaniques ou vitales ou par une hypergenèse du tissu connectif ». Et il dit l'embarras des gynécologistes. pour trouver un terme correspondant d'une façon exacte à ce genre d'affection.

Nous avons recueilli, dans un article sur la métrite chronique de Sir Putnam Jacobi, un certain nombre de citations de différents auteurs. Nous tenons à rapporter ici ces citations, car elles prouvent que, depuis déjà longtemps, l'évolution particulière et la pathogénie spéciale de ces fausses métrites avaient frappé et préoccupé l'esprit des grands observateurs que nous allons invoquer.

Tait. — « Dans la grande majorité des cas, on peut dire, 99 fois sur 100, que la métrite chronique est accompagnée et due spécialement à une subinvolution défectueuse de l'utérus après le travail ou après une fausse couche. »

Emmet. — « Lorsque, pendant ce qu'on a coutume d'appeler la subinvolution, l'utérus reste trop béant après la parturition, un « défaut de nutrition » est en cause ; l'élément réparateur a été détruit pendant le processus de régénération. »

Mayrhofer. — « Régulièrement, les métrites chroniques ne sont précédées par aucune inflammation aiguë, comme le prétendait Scanzoni. Une catégorie de cas, ceux que l'on qualifie d'inflammation chronique, sont, peut-on dire, dus à une altération nutritive. Ils dépendent d'un désordre de la circulation offrant tous les caractères de la stase sanguine. »

Wien. — « A la suite d'une longue irritation, le tissu connectif de l'utérus prolifère avec ou sans participation de la prolifération du tissu musculaire, mais avec une telle

prépondérance que la prolifération de la substance musculaire passe inaperçue... La cause de cette prolifération doit être considérée comme due à une hyperhémie habituelle, et je ne puis me décider à appeler ce processus une inflammation chronique. »

Scanzoni. — « Beaucoup des engorgements de la matrice qu'on regarde comme inflammatoires ne possèdent rien d'inflammatoire dans le sens précis du mot. Ce sont des désordres de nutrition, comme on en voit se former dans d'autres organes, à la suite d'une hyperhémie veineuse de longue durée. »

En France, M. Doléris a eu le mérite de remettre en honneur, en les amplifiant et en les adaptant aux données biologiques modernes, les doctrines pathogéniques que les anciens maîtres avaient entrevues et ébauchées. Sous son inspiration, ont été entrepris de nombreux travaux, que nous signalerons ultérieurement, ayant trait aux perturbations utérines consécutives aux maladies infectieuses, aux maladies du foie, du rein et du cœur.

M. Richelot et son élève Maurice Hepp, dans une brillante thèse, ont tout particulièrement mis en évidence le rôle du neuro-arthritisme dans la genèse de la sclérose utérine.

M. Doléris, dans un livre tout récent, appuie la thèse de M. Richelot, mais il élargit l'étiologie et la pathogénie de la sclérose utérine. Outre l'influence incontestable du neuro-arthritisme, il cite celle non moins évidente des infections générales, des intoxications, des traumatismes et, en particulier, des cautérisations intra-utérines, de l'involution incomplète de l'utérus.

Nous devons enfin signaler les relations très intéressantes de M. Siredey dans la gynécologie sur la « congestion utérine » et la métrite parenchymateuse.

Troubles utérins consécutifs à des rétentions de débris du placenta ou des membranes

Une cause assez fréquente et bien souvent inaperçue de la congestion chronique de l'utérus est la rétention après la délivrance d'un débris placentaire, d'un morceau de membrane ou d'un caillot sanguin.

Ces débris se greffent à l'endomètre et végètent, s'organisent lentement et déterminent autour d'eux une congestion qui s'étend peu à peu, occasionnant d'abord des pesanteurs et plus tard de véritables métrorrhagies.

Dans cet ordre de faits nous signalerons en premier lieu les « *polypes placentaires* » dus à une délivrance incomplète, à la suite de laquelle il reste des morceaux de placenta dans l'utérus. Cet accident est fréquent, surtout dans les avortements qui surviennent au 3e mois de la grossesse. Dans les premiers mois en effet, l'œuf sort ordinairement entier. Au troisième mois, la rétention est facilitée par l'adhérence plus solide de la caduque et par conséquent du placenta, par la force de contractilité moindre de l'utérus, par la faible dilatation du col, par le petit volume de l'œuf sur lequel les contractions utérines ont peu de prise. Dans les accouchements à terme, l'inertie utérine, nécessitant la délivrance artificielle, le forme vicieuse du placenta favorisant les déchirures, sont autant de causes mécaniques de rétention.

Ces débris de placenta adhèrent à la paroi et semblent même pénétrés par des vaisseaux de nouvelle formation qui leur apportent une sorte de vie sourde. Tout autour de ces débris se produit une hypertrophie de la muqueuse avec une constitution défectueuse de son tissu. Cette hypertrophie

rappelle les lésions qu'on observe si souvent dans les cas de cancer du col et qui ont été considérées comme un état sarcomateux. En réalité, il n'y a là qu'une hypertrophie avec congestion chronique que M. le professeur Tédenat, avec son maître Laroyenne, considèrent comme une sorte de « *mauvaise reformation de la muqueuse* ».

De toutes les membranes, l'amnios est celle qui a le moins souvent accoutumé de demeurer dans l'utérus.

On observe plus fréquemment la rétention du chorion et surtout de la caduque. Il advient également que les lambeaux de caduque déterminent des écoulements fétides et s'éliminent par débris avec les lochies. D'autres fois, ils conservent assez de vitalité pour être incorporés à nouveau à la muqueuse et former même, dit Küstner, des tumeurs muqueuses qu'il appelle « déciduomes ».

L'amnios est parfois retenu avec la caduque lorsqu'il lui est trop adhérent. Si alors, comme l'explique Rœmer, la caduque est elle-même anormalement adhérente à l'utérus, il se fait une séparation entre le chorion et l'amnios pendant la descente de l'œuf. Le chorion, moins élastique que l'amnios, se déchire à sa partie inférieure et se rétracte en haut autour de l'œuf, tandis que l'amnios qui s'en est séparé fait saillie dans le col.

Enfin, même après une délivrance complète, des productions pathologiques anormales peuvent prendre naissance aux dépens des caillots sanguins qui se déposent sur un point de la plaie utérine. Après le décollement du placenta, des thrombus, souvent assez gros, oblitèrent les sinus utérins béants. A leur niveau, le sang se coagule et se dépose en couches stratifiées. Les tuniques conjonctives des vaisseaux prolifèrent et contribuent à la constitution de végétations hybrides, dépourvues d'épithélium et de toute structure régulière.

Telles sont, rapidement esquissées, les principales causes et les phases évolutives de ces néoformations. Le plus souvent, et surtout lorsqu'il s'agit de parcelles de placenta, une hémorragie précoce décèle le débris oublié. Mais il est des exceptions. Et ces exceptions sont à signaler en raison des fausses interprétations auxquelles elles peuvent donner lieu, Parfois, en effet, le col se referme, tout rentre dans l'ordre en apparence tout au moins.

Ce n'est qu'au bout d'un temps assez long que surviennent les hémorragies et leur cortège de symptômes. Graefe, Hecker, Baudelocque rapportent plusieurs faits de ce genre, où il s'agit simplement de rétention de morceaux de placenta sans putréfaction, jouant à l'égard de l'utérus le rôle d'une tumeur avec toutes ses conséquences habituelles : hémorragies, gêne mécanique, troubles fonctionnels. Scholler cite des rétentions durant 11 semaines, Prost 103 jours, Plaisse 15 semaines, Reichmann 13 semaines. Nous citons plus loin dans les observations III et IV des cas de rétention de 6 et 14 mois de durée.

Dans ces situations, n'est-il pas naturel que le praticien non prévenu soit porté à l'erreur?

Il ne pensera point, si longtemps après l'avortement ou l'accouchement, au reliquat désormais organisé. Il ne soupçonnera certes pas le parasite si long à se former et à se manifester.

Troubles utérins dans les maladies infectieuses, et plus particulièrement dans la malaria.

Dans beaucoup de maladies infectieuses, il y a des manifestations du côté de l'utérus. Le plus souvent, ce sont des états congestifs qui se traduisent par des ménorrhagies ou des métrorrhagies, mais il est rare que les troubles circula-

toires durent plus de deux ou trois mois, plus rare qu'ils aboutissent à une véritable inflammation. Il est probable qu'en pareille circonstance, c'est par les toxines de la maladie infectieuse que l'utérus est influencé. Pourtant on a quelquefois trouvé l'Eberth dans des certaines salpingo-ovarites. Il est constant que les maladies antérieures et surtout la présence de fibromyomes de la paroi utérine sont une cause prédisposante aux manifestations secondaires du côté de l'utérus.

L'étude des troubles d'origine palustre est chose nouvelle presque. Burdel de Vierzon en a fait mention le premier en 1858 Nous signalerons, après cette étude, parmi les travaux qui ont trait à la même question, les thèses de Dupuy et de Dusault (Montpellier 1879 et 1881), de Bonfils (1885 , la très originale relation de Lardier, dans le *Bulletin médical des Vosges* (1888) et enfin la thèse de Charles Moulon (Paris 1898), à laquelle nous empruntons quelques observations.

Les hémorragies d'origine paludéenne peuvent survenir dans trois conditions différentes :

Tantôt elles sont liées à des accès fébriles nets, pour disparaître avec eux et reparaître à l'accès suivant.

Tantôt elles accompagnent un traumatisme utérin et surtout un traumatisme obstétrical.

Tantôt enfin, elles constituent un accident isolé sans rien qui les annonce ou les explique, sauf le Paludisme antérieur. Il s'agit alors d'une véritable fièvre larvée.

Nous voulons attirer principalement l'attention sur cette dernière forme, car, plus que toutes les autres, elle prête à la confusion avec la métrite chronique. Cette confusion est parfois d'autant plus facile que les malades elles-mêmes ignorent leurs antécédents malariques, parce qu'elles les ont méconnus. Le médecin lui-même ne trouve, d'ailleurs

pas, dans ces fièvres larvées, de symptôme manifestement révélateur.

Voyons, en effet, comment se présentent cliniquement ces accidents éloignés du paludisme. Si on se reporte aux observations I et II, on verra que les métrorrhagies, d'abondance variable, surviennent d'ordinaire la nuit et se reproduisent d'une façon périodique et assez régulière. Elles s'accompagnent quelquefois de malaises, d'élévation de la température (quelques dixièmes à peine), de tuméfaction de la rate. Ce sont bien là des fièvres larvées au même titre que certaines épistaxis, certaines hémoptysies dues à l'hématozoaire.

Tous les symptômes que nous venons de signaler ne sont pas assez saillants et n'ont pas un caractère de fixité suffisant pour faire conclure d'emblée au paludisme, en présence de métrorrhagies d'origine incertaine. La seule base du diagnostic est le traitement par la quinine. Mais encore, faut-il penser à instituer un tel traitement.

Troubles utérins dans les maladies de cœur

« La matrice, dit Duroziez, est soumise au cœur aussi bien qu'à l'ovaire ». Bien avant Duroziez, Monneret dans le Compendium ; Gendrin, Aran, Scanzoni, Gourand dans sa thèse ; Galliard, Peter, Béhier, avaient observé cette relation. Plus récemment, en 1897, M. Paul Dalché a repris la question et apporté des documents nouveaux.

D'une façon générale, les métrorrhagies sont favorisées par les affections cardiaques qui entretiennent une certaine gêne circulatoire, sans aboutir cependant à l'asystolie. De même qu'une tare antérieure, telle que l'alcoolisme ou la goutte, attire la congestion sur le foie ou sur le rein, un

molimen cataménial vigoureux prédispose physiologiquement l'utérus à l'afflux du sang. « La fonction ovarienne encore respectée provoque la fluxion utérine menstruelle, et celle-ci subit à son tour le contre coup de la gêne circulatoire même légère. La congestion active physiologique appelle, localise et exagère la congestion pathologique passive ; il y a un utérus cardiaque, comme il y a un foie ou un rein cardiaques » (Dalché). Le sang s'écoule plus ou moins abondamment de ces gros utérus qu'il imbibe, tant que la cardiopathie encore bien compensée se révèle seulement par des essoufflements, des palpitations, de l'inégalité des battements, de l'œdème malléolaire le soir.

On voit d'abord des ménorrhagies de plus en plus abondantes, finissant par se toucher, par se confondre. Le sang bien rouge, mélangé de caillots pendant les premiers jours, laisse persister un flux séreux à la fin de son écoulement. La malade accuse d'une façon continue des lourdeurs dans le petit bassin. Elle constate souvent elle-même que le repos améliore son état et qu'elle rechute si elle reprend ses occupations. L'affection utérine évolue ainsi lentement. Des périodes de bonne santé, des métrorrhagies, de l'aménorrhée se succèdent et reflètent alternativement les phases de la cardiopathie. Puis, l'asystolie apparaît, troublant profondément la nutrition. Les fonctions si délicates de l'ovaire s'en ressentent, et l'évolution pénible, défectueuse, devient insuffisante à solliciter l'appel du sang dans l'appareil génital. C'est l'aménorrhée terminale.

Ce groupe de symptômes se manifestant, comme nous venons de le décrire, apparaît le plus ordinairement au cours des lésions mitrales.

Et parmi ces lésions mitrales, une forme intéressante est celle qui se présente dans le rétrécissement mitral pur de l'adolescence. Le syndrome utérin, dans cette affection,

précède parfois ou décèle la lésion valvulaire qui a troublé la menstruation de par son action congestive puissante, survenant au seuil de la vie génitale de la femme.

Rares dans les affections du cœur droit, ces complications métrorrhagiques sont encore bien moins fréquentes dans les lésions aortiques et relèvent plutôt, dans ce dernier cas, de l'angeiosclérose.

Ce dernier facteur mérite d'être tout particulièrement souligné à côté de la cause d'origine cardiaque. M. Huchard a signalé les métrorrhagies dues à l'hypertension artérielle, et, plus récemment, le docteur Reinicke, assistant à la clinique de Dresde, est venu appuyer la thèse de M. Huchard. Il décrit la dégénérescence scléreuse des artères utérines et de leurs ramifications les plus fines, «qui deviennent incapables de se contracter et laissent s'éterniser l'écoulement menstruel ».

Cet état particulier des vaisseaux de l'utérus explique l'apparition de pertes abondantes survenant à un âge avancé, longtemps après la ménopause. Nous résumerons ici, à ce sujet, en quelques mots, une observation classique d'Aran et de Scanzoni.

Une femme de 64 ans, après une sorte de ménopause qui dura de 48 à 52 ans, présenta un écoulement sanguin revenant toutes les trois ou quatre semaines et qui dura jusqu'à la mort. Cette femme avait une insuffisance et une sténose mitrales. L'autopsie permit de constater les troubles circulatoires que la lésion du cœur avait provoqués dans le système de la veine-cave inférieure. Ces troubles étaient bien la seule cause de l'hémorrhagie, car les ovaires étaient atrophiés et ne montraient aucune trace de maturation récente d'un ovule. L'utérus était grossi et la muqueuse congestionnée.

Nous avons aussi entendu citer par notre maître l'exemple

d'une malade âgée, atteinte de pertes abondantes qui l'avaient considérablement affaiblie. Très amaigrie, essoufflée au moindre effort et, avec cela, décelant avec force à l'odorat son infirmité cachée, elle donnait d'emblée l'impression d'une cancéreuse. Cependant, utérus et annexes étaient sains. Une maladie mitrale ancienne causait tous ces troubles et expliquait que des curettages eussent été tentés en vain.

Le repos et un traitement dirigé contre la cardiopathie firent bien mieux et déterminèrent rapidement une sensible amélioration.

Troubles utérins dans les maladies de foie

On a interprété diversement les relations réciproques du foie et de l'utérus. La concomitance de certaines affections hépatiques et de certaines perturbations menstruelles avait déjà frappé les auteurs des écrits hippocratiques, Après eux, on retrouve de temps en temps des relations se rapportant à ces affections dites « bilieuses ».

Au XVIII[e] siècle, Stoll, Fincke, Gendrin, Boucher décrivent le « flux bilieux » comme symptôme habituel d'une fièvre d'origine hépatique, ayant régné épidémiquement à Tecklembourg (1776-1780) et à Lille.

Peu à peu, on s'était rangé à cette opinion des vieux maîtres, mais sans y attacher trop d'importance. Il fallut pour l'accréditer définitivement les observations très démonstratives de Monneret, de Bennt, de Nigel Starck et, plus récemment, les travaux de Cornillon et de Paul Dalché.

Comment expliquer le retentissement des maladies de foie sur l'utérus? Faut-il invoquer une action purement réflexe, une compression du système porte, ou, comme le veut

M. Albert Robin, une altération du sang ou des parois vasculaires par des toxines ? Nous ne pouvons nous attarder à la discussion de ces diverses hypothèses. Notre but est de mettre simplement en relief certains faits indéniables.

C'est principalement au cours de la lithiase biliaire que se manifestent les divers troubles de la matrice, et cela, d'autant plus facilement, qu'il s'agit dans ces cas d'arthritiques. de congestives. En général, comme le dit Cornillon, « si les accès sont longs et fréquents, les règles deviennent irrégulières. Ici, elles avancent de huit jours, là de quinze, parfois elles sont à peine perceptibles et se terminent en vingt-quatre heures; d'autres fois, elles durent une semaine, donnant naissance à de véritables métrorrhagies.

Toutes ces particularités n'auraient rien d'extraordinaire si les organes pelviens étaient le siège d'une inflammation utérine ou d'une tumeur quelconque ; mais dans les cas où nous avons noté ces désordres de la menstruation, l'utérus était sain ».

Mais il n'est pas nécessaire, pour voir apparaître la congestion utérine, que la crise de colique hépatique éclate, franche, avec tous ses symptômes. Une crise fruste ou fort atténuée retentit parfois sur la matrice tout autant que l'accès le plus violent.

« Il est même des cas, dit Dalché, où l'attention est uniquement attirée du côté de l'appareil génital, tant les symptômes gardent une prédominance qui les place au premier rang de l'esprit et des préoccupations des malades. »

Au cours de l'ictère grave, l'apparition d'hémorragies utérines seules ou associées à d'autres hémorragies est de notoriété banale. Le diagnostic est un peu moins aisé lorsqu'elles apparaissent pendant un ictère catarrhal ou un ictère infectieux bénin.

On possède peu d'observations documentées au sujet des

autres affections du foie. Pour ce qui est des cirrhoses, Nigel-Starck a bien rapporté des cas où un traitement uniquement institué contre l'affection hépatique elle-même fit cesser les pertes. Mais, malgré cette opinion, il faut reconnaître que, d'une façon générale, l'état d'aménorrhée est plus fréquent que les ménorrhagies dans les cirrhoses. On interprète aisément ce fait si l'on songe au degré profond de dénutrition que ces affections occasionnent.

Dans les tumeurs du foie, les métrorrhagies sont rares. Les exemples n'abondent pas. Nous relaterons cependant ici brièvement une remarquable observation de Segond (*Société de chirurgie,* 1897). Il s'agissait d'une femme de 30 ans qui, depuis deux ans, souffrait de douleurs abdominales, de pertes abondantes et maigrissait. Les premiers médecins qui examinèrent la malade, trouvant une tumeur au-dessus de l'utérus et faisant corps avec lui, la prirent pour un fibrome, diagnostic confirmé par Segond.

Or, pendant l'opération, on vit que cette tumeur était un cancer relié au bord tranchant du foie par un long pédicule, mais ne présentant avec l'utérus que des rapports de contiguité. Les organes pelviens étaient sains.

Nous avons tenu à rapporter cette observation, car elle établit nettement l'influence du foie sur l'utérus et fait pressentir les erreurs d'interprétation auxquelles pourrait donner lieu une tumeur hépatique latente.

Troubles utérins dans les maladies du rein

On a peu décrit d'une façon spéciale les troubles des organes génitaux de la femme au cours des affections rénales. Un des premiers, Becquet signale la possibilité d'affections utéro-rénales connexes. Thiriar affirme ces relations plus spécialement dans les cas de ptose rénale. Ch. West recon-

naît et met en relief l'influence que jouent les affections rénales dans l'étiologie des hémorragies utérines : « J'ai devers moi, dit-il, trois ou quatre cas de maladies supposées de l'utérus, dans lesquelles l'examen le plus attentif ne put faire découvrir aucune lésion locale, capable d'expliquer la menstruation surabondante. Mais on constata que les urines contenaient une forte proportion d'albumine. Ces faits doivent faire comprendre combien il est opportun d'examiner les urines, même quand aucun symptôme ne peut faire supposer l'existence d'une maladie rénale. » Nous signalerons enfin le travail plus récent de M. Saisy (Thèse Paris, 1898), auquel nous avons emprunté une observation.

Les perturbations pathologiques de l'utérus sont parfois la manifestation la plus évidente d'une *néphrite*. La malade se plaint de douleurs irrégulièrement distribuées dans les régions lombaire, inguinale, fémorale. Ces douleurs s'exagèrent à l'approche du flux menstruel. L'écoulement sanguin est d'abord troublé dans sa régularité, dans sa durée, dans sa quantité. Puis apparaissent des métrorrhagies véritables. L'état de faiblesse et d'anémie devient alarmant. A ce moment, un docteur est appelé pour traiter cette soi-disant « maladie de matrice ». La malade, en effet, n'accuse pas autre chose que des troubles utérins. Eux seuls attirent son attention, c'est pour eux seuls qu'elle vient consulter, et c'est souvent envers eux seuls que se dirigent les investigations du médecin. Il est bien évident qu'en pareil cas, si faute d'un examen approfondi, l'origine de l'affection reste méconnue, la malade court de grands dangers.

Les troubles génitaux sont presque toujours notés dans les *ectopies rénales*. On pourrait et il faut même reconnaître à ces deux manifestations pathologiques une même cause générale, déterminant à la fois le relâchement des tissus (rein mobile) et 'un syndrome utérin (voir plus loin métrite

des arthritiques). Mais il y a là plus qu'une coïncidence ; une relation de cause à effet paraît évidente. Examinons plutôt, pour appuyer cette assertion, le rapport de Thiriar, de Bruxelles, au Congrès de gynécologie et d'obstétrique : « Il avait alors observé 11 cas de rein mobile chez la femme. Toutes ces malades présentaient quelques troubles utérins. Chez 7 d'entre elles, l'attention des médecins et des chirurgiens consultés avait toujours été attirée vers les troubles génitaux, la lésion rénale passant complètement inaperçue, à tel point que 5 de ces malades avaient déjà subi différents traitements outre le curettage : chez la sixième on avait pratiqué l'ablation des annexes et de l'utérus, et le même sort était réservé à la septième. Thiriar pratiqua la néphropexie chez 10 de ces femmes et le résultat obtenu fut le suivant : 6 guérisons complètes, 3 guérisons après curettage complémentaire ».

Cette observation de Thiriar a une grande importance. Elle montre qu'en dehors de l'arthritisme, la ptose rénale retentit sur les fonctions utérines pour les troubler.

Quand les perturbations utérines coïncident avec la gravelle urique, le traitement de la lithiase, qui n'est autre que celui de l'arthritisme, améliore toujours beaucoup l'état des malades. Il est difficile d'attribuer alors, d'une façon certaine, à la diathèse seule ou à la lésion rénale, le rôle dominant dans la production des troubles de la matrice.

Fausses Métrites des Arthritiques

Nous décrirons maintenant une série de cas cliniques. qui se présentent à tout instant et auxquels l'origine infectieuse paraît étrangère. L'élément diathésique suffit vraisemblablement à en expliquer la genèse.

Pour nous fixer, considérons quelques éventualités fréquentes de l'histoire de ces malades. Elles schématisent en quelque sorte les types principaux dont nous voulons parler.

Métrites des vierges. — Cette affection apparaît chez les jeunes filles dont l'hymen est intact. On ne trouve pas chez elles la moindre trace de vulvite antérieure infectieuse. C'est au moment de l'instauration de leurs règles qu'elles ont vu apparaître leurs premiers troubles. La menstruation s'est établie difficilement. Depuis, les règles sont devenues irrégulières, tantôt très abondantes, tantôt très diminuées et remplacées alors par une hypersécrétion glandulaire avec coïncidence d'atroces douleurs. L'utérus de ces malades, catarrheux, congestionné, très sensible, est dans la majorité des cas accompagné d'ovaires dégénérés, énormes, polykystiques ou massifs, presque entièrement fibreux. Ces gros ovaires sont mobiles sans la moindre adhérence pelvienne, sans le moindre résidu inflammatoire. La trompe est saine. On dit ces jeunes filles « fortes en sang ». On les laisse se chloroser s'anémier. Elles continuent leurs exercices fatigants, prennent des toniques, des ferrugineux. On ne traite pas la véritable cause, qui n'est pas l'anémie, et les résultats du traitement institué sont nuls, parfois décevants.

Pseudo-métrite des femmes adultes. — Ces malades sont déjà âgées, mariées ou non, stériles souvent. Elles accusent quelques troubles menstruels remontant à leur puberté. Pas le moindre vestige d'infection. Tous leurs troubles semblaient s'être un peu dissipés avec le développement complet de leurs organes génitaux, lorsque sous l'influence de causes perturbatrices diverses — excitations génitales répétées; visites, réceptions mondaines, abus de sports — les règles sont devenues plus douloureuses, plus longues, très irrégulières. L'écoulement catarrhal est très abondant. Un médecin alors est consulté. Il trouve un col volumineux, congestionné mais non ulcéré, un corps utérin gros, en rétroversion mais parfaitement mobile; les annexes sont saines.

Diverses hypothèses se présentent à son esprit. Est-ce une métrite parenchymateuse avec rétroversion? Est-ce une métrite fongueuse? Ou a-t-il affaire à un polype fibreux, à de petits myomes interstitiels? Il s'adresse successivement à ces prétendus facteurs du groupe de symptômes qu'il observe. Point d'amélioration. Souvent même, l'effet du traitement cause de fâcheuses déconvenues.

Pseudo-métrites des femmes âgées. — C'est vers 40 ans que l'influence de la diathèse se fait le mieux sentir. Voyez ces grosses femmes corpulentes d'apparence vigoureuse. Leur visage est coloré, sillonné de petits vaisseaux après les repas. Toujours constipées, hémorrhoïdaires, dyspeptiques, elles se plaignent de vertiges, de lourdeurs de tête, d'inaptitude au travail, de faiblesse physique, d'apathie intellectuelle.

Au moment de la ménopause, les troubles utérins se sont accentués et se prolongent d'une façon indéfinie, constituant ce qu'on a appelé la « métrite des vieilles femmes ». Le

toucher révèle la présence d'un énorme utérus contenant parfois plusieurs noyaux myomateux.

En somme, si l'on examine les différents types morbides que nous venons de présenter, il semble bien que ce sont là les différents stades d'une même maladie. Comme le dit Maurice Hepp, dans sa thèse, «lorsqu'on envisage d'ensemble tous ces symptômes et toutes ces lésions, une observation nous frappe, c'est qu'ils représentent une sorte d'échelle, à laquelle ne manque aucun échelon, à la base de laquelle nous trouvons la simple tendance congestive de l'utérus, tandis qu'au sommet se montre le type pur et parfait de la sclérose constituée, de l'utérus géant avec ou sans fibromes.»

En même temps que cette impression d'une même affection se manifestant à ses différents stades, deux faits principaux se dégagent et paraissent dominer dans l'histoire de ces malades. C'est :

1° L'absence d'infection évidente ;
2° Leur tempérament particulier.

On a beau, en effet, chercher et fouiller scrupuleusement dans les antécédents, on ne trouve pas la moindre trace d'infection initiale.

Au début, pas de phénomène réactionnel fébrile, rien qui puisse faire soupçonner une contamination quelconque. Puis l'affection a évolué progressivement et par crises. A aucun moment, elle ne s'est accompagnée de phénomènes inflammatoires péritonéaux. Enfin elle a toujours résisté au traitement employé d'ordinaire contre les métrites d'origine microbienne.

D'autre part, on s'aperçoit vite que ces malades sont des nerveuses. Elles appartiennent à la grande famille des neuro-arthritiques. Le nervosisme parcourt chez elles toutes

les gammes, depuis la simple tournure de caractère qui est triste, inquiet, facilement irritable jusqu'à l'hypocondrie, la neurasthénie, l'hystérie, les psychoses graves. Migraineuses, sujettes à des fluxions articulaires fugaces, à des douleurs viscérales, à des crises de dyspepsie, elles voient tous ces troubles s'amender subitement et parfois même disparaître d'une manière soudaine quand surviennent les poussées de congestion génitale. Ce sont encore des séborrhéiques aux extrémités toujours froides, des prédisposées aux diverses lithiases, aux poussées d'herpés et d'eczéma. On s'explique aisément, chez ces «ralenties de la nutrition», la laxité anormale des tissus avec toutes ses conséquences : reins mobiles, entéroptose, prolapsus utérin, etc., etc.

Mais cette diathèse arthritique, qui est la raison première de tant de choses, pourquoi ne suffirait-elle pas aussi à donner la clef de la pathogénie des affections que nous avons décrites ?

Comme nous l'avons déjà exposé dans l'historique, telle était l'opinion des anciens auteurs. Leur conception de ce que nous appelons une diathèse était moins nette sans doute que la nôtre. Mais ils étaient observateurs, minutieux et habiles.

Ils avaient vu à côté de la métrite banale une autre manifestation pathologique différente de la première.

Plusieurs gynécologistes sont revenus aujourd hui, nous l'avons vu, aux opinions de leurs vieux maîtres. Nous voudrions résumer ici les raisons qui les guident. Ils paraissent les avoir tirées des renseignements fournis par l'étiologie, l'anatomie pathologique et les effets mêmes du traitement qu'ils préconisent.

Voyons d'abord les causes.

Pour ce qui est des vierges, des femmes stériles, inutile

d'insister. La question d'infection originelle se pose surtout quand on est en présence de femmes fécondes. Parmi ces dernières, ne considérons que celles qui ont eu un accouchement sans suites fébriles ni pathologiques.

Les accidents ont débuté 7, 10, 15, 25 ans après leur dernière grossesse. Or, telle n'est point l'allure des infections puerpérales latentes qui évoluent sourdement vers la métrite chronique et la salpingite. D'ailleurs, dans ces métrites tardivement bruyantes, on peut par un interrogatoire serré, suivre la trace de l'infection depuis son apparition.

Si l'on consulte la Bactériologie, elle vient aussi confirmer nos hypothèses. Les recherches les plus récentes et les plus autorisées doivent faire conclure à l'absence d'infection initiale. Winter, Dœderlein, Pfannensteil, Delbet, Cazin, ne trouvent pas de traces de microorganismes sur des muqueuses d'utérus, atteints de pseudo-métrite. Les espèces aérobies qui vivent dans le vagin ne sont pas pathogènes. Les espèces anaérobies seules peuvent le devenir, mais à condition toutefois que la femme soit atteinte de métrite vraie ou présente une plaie placentaire (Travaux de Hallé 1898). La muqueuse utérine saine est accessible au seul gonocoque ; celui-ci prépare le terrain aux autres microbes, (Travaux de Menge 1897).

On comprend dès lors qu'en l'absence d'une infection gonococcique ou streptococcique antérieure, on soit en droit de rejeter l'auto-infection. Chez la femme saine « il ne reste rien, pas même la présence de microbes douteux dans la cavité utérine, pas même la possibilité de la production d'une infection par les seuls microbes normaux du vagin » (Hepp).

Examinons maintenant les utérus de ces fausses métritiques et comparons-les aux utérus atteints d'endométrite infectieuse chronique.

L'utérus infecté est gros. La séreuse péritonéale qui le coiffe est remplie de néomembranes adhérentes.

Des débris puriformes ou sanguinolents remplissent la cavité utérine. La muqueuse du corps est rouge, hérissée de villosités ou de fongosités. La muqueuse cervicale est hypertrophiée et ectropionnée.

Au microscope, on voit des quantités de cellules embryonnaires infiltrant à la fois muqueuse, parenchyme et péritoine. De l'organisation de ces cellules naît un tissu conjonctif de nouvelle formation, qui se substitue à la longue aux éléments nobles du corps utérin qui s'atrophient.

Bien différentes sont les lésions des utérus atteints de sclérose non inflammatoire. Nous reproduisons ici l'excellente description que Hepp nous en a donnée : « Macroscopiquement, ces utérus se présentent avec des dimensions variables, mais avec une série de caractères identiques. Tantôt légèrement augmentés de volume, tantôt gros comme le poing, ils peuvent atteindre des dimensions beaucoup plus considérables, remonter jusqu'à l'ombilic ; leur cavité utérine peut mesurer de 8 à 15 centimètres. Ils sont revêtus de péritoine sain et lisse, ils conservent la forme de l'utérus normal en devenant toutefois plus ou moins globuleux. Leur consistance varie un peu. Elle est parfois très ferme, très dure, parfois plus molle que normalement. Le col est toujours augmenté de volume, énorme dans certains cas, de consistance très ferme, comme ligneux, mais il n'offre ni ectropion de la muqueuse, ni ulcération, même lorsque sa congestion est considérable, comme on le constate dans certaines circonstances. L'aspect de la cavité utérine est absolument normal. La muqueuse conserve son aspect blanchâtre, sa surface lisse. Elle n'offre ni ramollissement, ni fongosités. Parfois, on observe un petit piqueté hémorrhagique.

A la loupe, la muqueuse paraît un peu épaisse et le paren-

chyme, qui a doublé, triplé, quadruplé d'épaisseur, a des aspects variables : tantôt il est d'un blanc bleuté d'une consistance très ferme, presque cartilagineux ; tantôt il est d'un blanc plus jaunâtre d'une apparence lardacée ; il se déchire facilement... »

Histologiquement, on voit que « l'épithélium de la muqueuse est intégralement conservé et intact. Les glandes sont peu ou pas modifiées dans leur texture... elles sont allongées, flexueuses. Le tissu interglandulaire est normal, parfois un peu hypertrophié, mais il ne présente aucune infiltration embryonnaire interstitielle.

Le parenchyme utérin, très épaissi, ne présente histologiquement aucune altération lorsque l'augmentation de volume est peu considérable, ou bien il est le siège d'une hyperplasie sur la nature de laquelle les auteurs sont mal d'accord.

L'anatomie pathologique montre donc que l'on se trouve en présence de sclérose et d'une sclérose consécutive à une altération nutritive des tissus aboutissant à l'hypertrophie, au lieu que l'évolution de la sclérose inflammatoire tend à l'atrophie. L'intégrité du péritoine et de la muqueuse, l'absence d'infiltration embryonnaire, la coexistence d'ovarites scléro-kystiques et de vices de position de l'organe (rétroversion-prolapsus) constitue un groupe de lésions donnant aux utérus scléreux une physionomie bien tranchée et toute distincte de celle des utérus infectés.

L'arthritisme, s'il n'est point la cause unique de ces fausses métrites, en est au moins la principale. Il agit en favorisant la congestion utérine, et la congestion aboutit à la sclérose. La stase permanente, les poussées fluxionnaires qui l'exagèrent, provoquent un épaississement lent et progressif du tissu conjonctif qui entoure les vaisseaux. Cette

sclérose vasculaire, en même temps qu'elle accroît la gêne de la circulation, devient le point de départ d'une inflammation interstitielle, qui ne tarde pas à envahir la totalité de l'organe. Progressivement, la dystrophie scléreuse aboutit ainsi à une augmentation de volume qui peut atteindre des dimensions considérables.

A côté de l'arthritisme, toute une série de causes d'ordre secondaire, mais importantes tout de même, viennent accroître et favoriser la tendance naturelle à la congestion utérine. Les unes entravent la circulation du petit bassin. Ainsi agissent les ptoses rénales, l'abaissement du foie, par torsion du plexus utéro-ovarien, le météorisme gastro-intestinal prolongé par gêne de la circulation intraabdominale, la constipation par la pression du rectum distendu sur les veines iliaques. D'autres circonstances influent plutôt sur la circulation et provoquent l'afflux du sang du côté du bassin et des membres inférieurs. Ainsi s'explique l'influence fâcheuse chez les arthritiques des fatigues de toute sorte (station prolongée, machine à coudre, bicyclette, danse, excès de coït), des repas trop copieux, des abus de viande, des mets épicés, des boissons alcooliques, à cause de leur action stimulante sur la circulation.

Tout ce que nous venons d'exposer peut donc se résumer en ces termes : l'arthritisme peut, associé à une série de causes banales non infectieuses, créer de toutes pièces des dystrophies graves dans un utérus sain.

Telle n'est point cependant l'opinion de tous les gynécologistes. Bon nombre d entre eux restent fidèles aux théories microbiennes. Ils ne nient pas l'existence des scléroses utérines. Chacun d'eux affectionne telle ou telle cause à laquelle il attribue la part prépondérante dans la production des

lésions, mais aucun ne veut renoncer à l'idée prédominante de l'infection.

Nous examinerons les principales théories de ces partisans de l'infection et nous verrons ensuite les objections que ces théories peuvent suggérer.

M. P. Delbet fait une large part aux déplacements utérins. Il compare la sclérose de l'utérus déplacé aux énormes épaississements du mésentère et de l'épiploon dans les vieilles hernies. Quant aux métrites virginales, il les attribue soit à une antéflexion génitale favorisant la stase sanguine, soit à des troubles évolutifs de l'ovaire.

M. Bouilly considère la sclérose utérine comme un stade tardif de la métrite chronique. Il décrit les hémorragies d'origine sclérokystique. Les ovarites sclérokystiques, à son avis, relèvent toujours de l'infection. Cependant, il reconnaît et ne s'explique guère ce fait que souvent « la trompe reste saine indéfiniment à côté de l'ovaire kystique ». Son embarras s'affirme lorsqu'« il y a absence complète de tout antécédent pathologique et de toute autre lésion que celle de l'ovaire. Ou bien, il faut admettre une affection utérine plus ou moins ancienne, ou l'influence d'une infection ou d'une intoxication générale, du fait de quelque maladie antérieure. » N'est-il pas évident, d'après ces quelques mots, que M. Bouilly ne réussit pas à s'affranchir de l'idée obsédante de l'infection et que, comme le dit fort justement M. Richelot: « Hanté par la *lésion ovarienne*, il ne s'inquiète pas du tempérament de ses malades. »

Pour M. Siredey, le neuro-arthritisme favorise et produit la congestion utérine, mais il donne lieu à des troubles fonctionnels plutôt qu'à des altérations anatomiques. Malgré les troubles fonctionnels les plus accentués, l'arthritisme seul ne peut produire une hypertrophie excessive. C'est à peine si, sous cette influence, l'utérus atteint un volume

double de son volume normal. Il semble à Siredey que la cause fondamentale de l'hypertrophie réside surtout dans la lenteur ou l'arrêt de la subinvolution utérine. Et chez les arthritiques, l'inertie utérine est fréquente « après cinq ou six semaines, l'involution n'est pas plus avancée qu'elle ne l'est normalement dix ou douze jours après l'accouchement. » Si ces femmes marchent de bonne heure, elles s'infectent facilement. En effet, « dans ces utérus, les sinus veineux et les lymphatiques restent distendus ; la circulation du sang et de la lymphe est très défectueuse. Aussi l'influence sclérosante du neuro-arthritisme y trouve-t-elle un terrain admirablement préparé et des conditions exceptionnellement favorables que viennent souvent renforcer des infections secondaires intercurrentes ».

En fin de compte, tous ces auteurs admettent toujours une infection légère et banale que l'on ne saurait observer et décrire avec précision. Cette infection est facilitée et préparée par un vice de position ou de structure de l'utérus. Quant à l'hypertrophie des éléments musculaires et l'absence de cellules migratrices, elles ne sont pas une preuve suffisante de non-infection. Elles ne peuvent servir de critérium pour distinguer un processus dystrophique d'un processus inflammatoire.

Il arrive un moment, disent-ils, où les bandes de sclérose se prolongent en filaments assez ténus au milieu des fibres cellules du muscle utérin, avec lesquelles elles se confondent au point qu'on ne peut les distinguer aisément.

L'absence de cellules migratrices, d'autre part, n'est pas la signature d'un processus non infectieux, et Letulle, dit Siredey, «décrit la sclérose parmi les formes d'inflammation chronique et il montre que dans ces cas l'hyperdiapédèse, peu accentuée au début, diminue au point de disparaître à peu près complètement à une période plus avancée. En

revanche, on constate l'hyperplasie des éléments musculaires du cœur dans la myocardite chronique comme on observe la multiplication et l'hypertrophie des fibres lisses dans les gros utérus, étudiés par Richelot. »

Tels sont, rapidement exposés, les principaux arguments des partisans de l'infection. Ce que nous voulons expliquer par l'intervention d'une prédisposition morbide, ils en cherchent la raison dans un microbisme inconnu. C'est une pure hypothèse.

Mais admettons un instant cette hypothèse. Un agent infectieux pour produire des lésions de sclérose du myomètre peut pénétrer par trois voies : la voie muqueuse, la voie péritonéale ou la voie sanguine. Or, nous l'avons vu, sur le péritoine ou sur la muqueuse, les traces d'une progression microbienne quelconque sont nulles.

On ne peut davantage invoquer l'action des toxines microbiennes, car elles produisent toujours des lésions analogues à celles des microbes eux-mêmes.

Reste la voie sanguine. Sans doute nous devons admettre les fausses métrites d'origine infectieuse ou toxique. Au cours de certaines maladies telles que la typhoïde, la syphilis, la malaria, à la suite d'intoxications par le tabac, par le plomb, il se produit, comme l'a fort bien décrit M. Doléris, des lésions scléreuses des vaisseaux du mésomètre, aboutissant aussi à la métrite chronique, à la sclérose utérine. Mais dans les antécédents des malades dont nous nous occupons nous ne relevons aucune de ces affections.

Dans ces conditions, et lorsqu'on a affaire à des arthritiques, pourquoi ne pas admettre que cette diathèse, dont nul ne conteste aujourd'hui l'influence sclérosante, puisse, grâce aux toxines engendrées par une nutrition ralentie et circulant dans le sang, produire la métrite parenchymateuse chronique. «N'est-il pas évident alors, dit M. Richelot,

que ce terme d'infection perd beaucoup de sa valeur, s'il exprime toutes les suppositions que l'on peut faire sur des toxines mystérieuses, des invasions microbiennes dont nul n'a surpris le début ni suivi la trace ; si par négligence des mots justes et des idées précises, il arrive à représenter vaguement des modifications inconnues de la cause sanguine, s'il prétend expliquer par des altérations contingentes une série d'actes morbides incoordonnés, groupés, enchaînés, entre eux comme les manifestations arthritiques dans lesquelles on voit si clairement l'influence du système nerveux tenant en main les nutritions locales, répartissant les troubles vasculaires et les dystrophies suivant certaines lois et créant un type, une famille de malades qui se ressemblent tous par leurs tendances aux congestions, aux névralgies, aux hypersécrétions glandulaires, à la sclérose et à l'hypertrophie des organes, au relâchement des tissus fibreux ».

Nous nous sommes efforcé de résumer les diverses opinions des gynécologistes et d'opposer leurs arguments. Somme toute, la question reste encore en litige. Pourtant, il semble qu'on ne puisse refuser droit de cité au groupe des métrites chroniques, d'origine non infectieuse, des arthritiques.

Mais, avant de terminer ce chapitre, nous tenons à souligner l'importance d'un dernier argument qui a même la valeur d'une preuve, et décisive. C'est, dans cet ordre d'affections, l'inutilité des interventions généralement dirigées contre les métrites d'origine infectieuse et au contraire les améliorations très sensibles, souvent les guérisons qui résultent du traitement institué contre la diathèse seule. C'est ce traitement que nous allons exposer.

TRAITEMENT

En présence de troubles utérins causés par une des affections viscérales que nous avons décrites, ou par une rétention des membranes, s'impose un mode de traitement tout spécial relatif à ces causes différentes.

Nous ne pouvons aborder ici, sans trop nous éloigner de notre sujet, l'étude des soins à donner aux cardiopathiques, aux hépatiques ou aux rénales.

En cas de rétention du placenta ou des membranes, on s'adressera au curettage ou à l'extirpation simple.

Les pseudo-métrites des arthritiques seront avant tout justiciables du traitement de la diathèse.

On instituera un régime surtout lacto-végétarien ; on défendra l'usage du café, du thé, des spiritueux, des mets excitants.

L'hydrothérapie (douches froides ou tièdes lorsque l'érethisme nerveux est très accusé ; les frictions sèches au gant de crin ; les exercices au grand air graduels et sans surmenage), le massage général et le massage de l'abdomen et de l'utérus seront préconisés.

On mettra les malades en garde contre les fatigues physiques et intellectuelles qui déterminent la production d'acides ; et qui dit acides dit vaso-constriction, dit congestions locales.

Le repos prolongé doit être sévèrement proscrit. Il ralentit

les combustions et augmente aussi l'acidité de l'organisme par transformation incomplète des matériaux azotés. N'est-il pas, en effet, à noter que c'est très souvent pendant la nuit, au milieu du plus profond repos, que surviennent les hémorragies du placenta prœvia, les douleurs de l'enfantement. ?

Il y a quelques mois, en avril dernier, M. Loviot, au Congrès de gynécologie, insistait sur l'importance des lavages de l'intestin.

L'utérus est solidaire de l'intestin comme il est solidaire des autres organes. « Il faut, dit M. Loviot, faire l'intestin net pour supprimer les fermentations et les toxines vaso-constrictives consécutives ». Il recommande « les grands lavements huileux répétés pendant quelques jours consécutifs, puis espacés suivant les besoins. On se sert d'huile de ricin bien pure (500 gram.) chauffée au bain-marie. La canule intestinale, en caoutchouc rouge, avec deux ouvertures latérales, sans orifice terminal, est introduite profondément dans l'intestin. Le siège est relevé, le lit garni.

On fait pénétrer l'huile lentement en un quart d'heure. La malade reste au lit pendant trois à quatre heures. On l'incline de temps en temps à droite et à gauche pour faire voyager l'huile.

Au bout de ce temps, on donne un grand lavement émollient pour entraîner le contenu de l'intestin, car l'huile est simplement lubrifiante.

Elle oint, détache, désagrège : mais c'est tout et il ne faut pas compter sur elle pour obtenir le résultat cherché.

..... Le premier lavement huileux parfois ne fait pas grand chose, mais au bout du troisième ou du quatrième, on s'aperçoit que cet intestin que l'on croyait libre était au contraire singulièrement habité. Continuer les lavements jusqu'à libération totale, jusqu'à disparition de toute odeur.

Ne pas s'arrêter en route, car la dissociation des matières, leur déliquescence, favorisent l'absorption des toxines moins offensives auparavant, conglomérées et en état de siccité.

Il faudra reprendre ces lavements tous les trois, puis tous les cinq jours, pendant des mois quelquefois.

On se gardera enfin de ne pas ajouter « à l'arthritisme acquis par intoxication, par infection, par grossesses répétées ou héréditaire, un arthritisme thérapeutique », on abandonnera toute médication vaso-constrictive (Hamamélis, Hydrastis, ergot de seigle, antipyrine).

A part l'iodure de potassium, les alcalins, les cholagogues (calomel) et les purgatifs salins (sulfate de soude), on peut dire que tous les médicaments sont nuisibles chez les arthritiques.

Comme traitement local, on se contentera d'injections d'eau salée chaude ; d'applications de tampons imbibés de glycérine ou d'ichthyol.

Si les troubles persistent en dépit de tous ces soins, il faudra avoir recours aux moyens chirurgicaux, à une chirurgie aussi conservatrice que possible, surtout quand il s'agit de jeunes femmes.

L'hystérectomie sera l'ultime ressource commandée par des indications pressantes après des traitements palliatifs longtemps prolongés.

OBSERVATIONS

Observation Première

(Moulon. — Thèse de Paris 1898).

Métrorrhagies d'origine paludienne.

Mme S..., âgée de 43 ans, nous fait appeler pour une perte abondante de sang qui dure depuis quinze jours (mars 1898).

Les antécédents de la malade sont assez chargés. Elle a eu deux enfants, bien portants tous deux. Réglée à 15 ans, mariée à 17, elle a beaucoup voyagé, éprouvé des accidents assez graves ; à plusieurs reprises, elle a eu des attaques de nerfs sous l'influence de vives contrariétés ; son mari est mort diabétique il y a 5 ans.

Pendant un séjour en Sologne, elle fut prise de fièvres intermittentes tenaces et assez graves qui se sont reproduites pendant plusieurs années ; les derniers accès se sont produits en 1890.

L'hémorragie actuelle a débuté 15 jours avant notre visite, sans malaise préalable et en dehors de l'époque habituelle des règles, qui ont toujours été d'une régularité parfaite et sans douleurs. Il n'y avait dans l'intervalle ni leucorrhée, ni douleurs épigastriques, ni tiraillements lombaires ; la perte était d'une abondance modérée et durait environ trois jours.

L'hémorragie actuelle a été d'emblée très abondante, elle

a débuté pendant la nuit et le matin elle a cessé. Depuis le début des accidents, elle continue à se produire dans les mêmes conditions, débute vers dix heures du soir et s'arrête vers cinq heures du matin. Dans la journée, l'arrêt est complet, en sorte que la malade, très active, s'est levée et a continué jusqu'à ses derniers jours à s'occuper de sa maison et de ses affaires.

Pour parer au plus pressé, nous faisons une injection d'ergotine et nous conseillons des injections d'eau très chaude, remettant au lendemain l'examen détaillé.

Le lendemain 27 mars, nous procédons à cet examen.

Au toucher et à la vue, l'utérus semble parfaitement sain ; il est mobile, le col est dur, il n'y a pas de granulations, pas d'ectropion de la muqueuse, l'hystérométrie n'indique pas d'augmentation de la cavité, l'introduction de l'instrument est très facile.

L'examen local n'indiquant aucune lésion, nous pensons à une métrorrhagie de ménopause en raison de l'âge de la malade. Nous prescrivons le même traitement que la veille et le repos absolu, que la malade accepte d'ailleurs sans difficulté, fatiguée qu'elle est par cette perte de sang continue. L'injection hypodermique d'ergotine et l'injection vaginale chaude n'ayant pas amené d'arrêt de l'hémorragie, nous y ajoutons XX gouttes d'hydastis canadensis.

28 mars. — L'hémorragie s'est reproduite avec la même abondance que les jours précédents. Nous nous décidons alors à proposer la columnisation du vagin. Des tampons sont introduits et serrés.

29 mars. — L'hémorragie a été encore plus abondante que les autres ; les tampons ont été imprégnés de sang qui a fini par s'arrêter à la vulve. C'est alors que, frappés de l'impuissance des moyens thérapeutiques cependant rationnels que nous avions mis en œuvre, nous pensons à un réveil de

l'infection paludéenne se produisant sous la forme larvée d'hémorragie. La matité splénique est légèrement augmentée ; il n'y a rien ni au foie ni au cœur, mais l'état anémique s'est beaucoup accentué, il y a des étourdissements, des bourdonnements d'oreilles.

Nous conseillons alors d'administrer un gramme de quinine immédiatemet (il est dix heures du matin) et un autre gramme demain matin vers six heures au cas où l'hémorragie persisterait.

30 mars. — L'hémorragie s'est produite à l'heure habituelle, mais elle a été insignifiante et s'est arrêtée presque tout de suite.

31 mars. — L'hémorragie a reparu plus abondante que la veille. La malade a alors pris son sulfate de quinine et l'hémorragie a cessé complètement et définitivement.

Observation II

(Moulon. Thèse de Paris, 1898.)

Métrorrhagies d'origine paludéenne

Mme Ch..., 44 ans, est atteinte d'une métrorrhagie contre laquelle tous les traitements ont échoué. Elle vient consulter le 20 octobre 1890.

L'examen local ne révèle absolument rien ; cependant, un confrère aurait constaté, il y a un mois, au début de la perte actuelle, un petit corps fibreux que je ne parviens pas à retrouver. Mme Ch... est très fatiguée et très anémiée, l'hémorragie survient le matin, dure trois à quatre heures, puis s'arrête. La malade a remarqué que tous les deux jours la perte augmente. Rien ni au cœur ni aux poumons.

Pas de signes de brightisme. Douleur légère dans l'hypochondre gauche et matité splénique augmentée. Connaissant

ses antécédents et sachant qu'elle a longtemps résidé dans un pays de fièvres (environs de La Rochelle), je pense au paludisme et je prescris 60 centigrammes de sulfate de quinine à l'intérieur. Cette dose est suivie de phénomènes gastriques. On la remplace le lendemain par une injection hypodermique de bromhydrate de quinine de 50 centigrammes.

Très faible le lendemain, l'hémorragie ne se reproduit pas le troisième jour.

La quinine est continuée pendant quatre jours, puis suspendue. Les accidents se sont reproduits en 1894, au mois d'avril. Cette fois, la malade n'a pas essayé d'autre traitement, elle s'est contentée de prendre de la quinine et la perte s'est arrêtée très vite.

L'hémorragie a été moins abondante que les jours précédents.

1er avril. — Il n'y a pas eu d'hémorragie du tout. Sulfate de quinine : 1 gramme.

2 avril. — Pas d'hémorragie. Même traitement.

3, 4, 5 avril. — Pas d'hémorragie ; on suspend le sulfate de quinine.

Le 7 avril, retour de l'hémorragie, mais, cette fois, la malade, avertie par certains malaises, nous déclare que ce sont ses règles (c'est en effet l'époque). Tout se passe régulièrement : l'écoulement, assez abondant le premier jour, est complètement arrêté le troisième. Les règles ont reparu de nouveau le 5 mai. Il n'y a eu dans l'intervalle aucun suintement sanguin. Mais l'état d'anémie de Mme Ch... exige un traitement, nous conseillons le quinquina (poudre), des ferrugineux et le séjour à la campagne.

Observation III

Professeur Tédenat

Métrorrhagies tardives consécutives à une rétention placentaire

Au commencement de juin 1890, le Dr Lachapelle fut appelé auprès d'une femme de 34 ans, d'une constitution forte et robuste, toujours très bien réglée, qui avait eu 3 accouchements normaux et faciles à 23 et 25 ans. Le troisième remontait à 14 mois 1/2. Cette femme nourrissait son enfant, n'éprouvant aucune douleur, aucune gêne dans l'abdomen ou dans les lombes, n'avait aucune perte ni en blanc ni en rouge, lorsque dans la matinée s'étaient déclarées subitement des coliques utérines et des hémorragies très abondantes avec gros caillots qui l'avaient plongée dans une anémie menaçante.

Le docteur Lachapelle ligatura les membres inférieurs et fit appeler le docteur Tédenat, qui arriva quelques heures après. La malade était alors exsangue ; son pouls rapide, filiforme. L'hémorragie avait été même très abondante. L'utérus était gros, remontant à deux travers de doigt au-dessus de la symphyse. Le col était entr'ouvert et mou. Mr Tédenat fit une irrigation de la cavité utérine avec l'injecteur dilatateur de Reverdin et avec la curette mousse de Récamier, enleva un morceau de placenta gris rosé, du volume et de l'aspect d'une petite figue. La muqueuse utérine était tout autour de la masse morbide reconnue par le toucher digital molle et épaissie. L'utérus fut de nouveau irrigué avec de l'eau bouillie salée chaude, bourré de gaze iodoformée qui resta quatre jours en place. Au bout de ces quatre jours, une nouvelle irrigation de la cavité utérine fut faite et la malade depuis est guérie avec un volume normal de son utérus. Trois ans après, accouchement régulier.

Observation IV

Professeur Tédenat

Métrorrhagies consécutives à une rétention de débris ovulaires.

Mme X, 34 ans, Lodève, de bonne santé. Réglée régulièrement depuis l'âge de 16 ans pendant 3 à 4 jours. Se marie à 32 ans et 10 mois après a un accouchement normal qui ne nécessita aucune intervention. La malade eut des suites de couches très simples et nourrit son enfant. A la fin du 6e mois, hémorragie qui est considérée comme un retour de règles. Elle dure 7 ou 8 jours, se reproduit quelques jours plus tard et cela pendant 5 ou 6 mois. Malgré des injections chaudes, la malade demeurait tout au plus 2 ou 3 jours sans pertes de sang. Mr Lapeyre remarqua à plusieurs reprises que le seigle ergoté, loin de calmer les hémorragies, semblait les augmenter.

Cette malade fut adressée à Mr Tédenat au commencement de Décembre 1885. Anémiée, dyspeptique, souffrant de pesanteurs dans les lombes, dans le ventre, urinant fréquemment, perdant d'une façon régulière 3 ou 4 jours par semaine. Pas de pertes blanches dans l'intervalle des pertes rouges. A l'exploration bimanuelle, utérus gros et en rétroflexion légère. Le col est mal fermé et un peu mou.

Irrigations au Reverdin, qui sert en même temps à dilater le col. Le doigt introduit dans l'utérus trouve une muqueuse épaissie, surtout à la paroi postérieure, un peu au-dessus de l'orifice interne. Là, on sent une petite masse, et en pressant contre elle avec le doigt, une gorgée de sang coule séance tenante. Curettage. Bourrage de gaze iodoformée ; 3 pansements analogues à 4 ou 5 jours d'intervalle. Guérison parfaite. 15 mois après, accouchement gémellaire.

Observation V

(Bogdan Journal de Médecine de Paris)

Endométrite. Hémorragies arrêtées par l'application d'un vésicatoire sur la région hépatique

Antonia C..., 19 ans. journalière. Antécédents héréditaires sans importance. Antécédents personnels. Réglée à 15 ans, toujours régulièrement et assez abondamment ; elle se marie deux ans après ; pas d'enfants.

Depuis six mois, elle se plaint de douleurs dans le ventre, douleurs qui s'irradient dans le membre inférieur gauche, qui s'exaspèrent au moment des règles, lesquelles sont, depuis, plus abondantes.

Il y a deux mois, l'époque cataméniale fit son apparition par une forte hémorragie qui dura huit jours et qu'on ne put arrêter qu'au moyen du tampon vaginal.

Quinze jours après (31 mars), la malade quitte le lit pour le reprendre vers le milieu d'avril, époque menstruelle. Nouvelle hémorragie très abondante, nouveau tampon vaginal. L'écoulement cessa et la malade, quoique très affaiblie, quitta le lit.

Au début de mai, troisième hémorragie ne s'arrêtant qu'avec le tampon, pour recommencer aussitôt celui-ci enlevé.

Entre le 12 mai à l'hôpital d'Iassy. Elle est pâle, anémique, sans forces ; se plaint d'inappétence, de douleurs dans les reins, dans les jambes.

Repos au lit ; boissons acidulées froides, potion astringente à l'eau de Rabel.

13 mai. Hémorragie aussi abondante. Potion avec 4 grammes d'élixir de Haller. Injection sous-cutanée d'une seringue de Pravaz d'ergotine Yvon.

14 mai. L'hémorragie, arrêtée la nuit, a reparu le matin. Même traitement, plus 1 gramme de seigle ergoté.

15. L'hémorragie a un peu diminué. Par le toucher, on constate un col gros, un utérus mobile en antéversion.

Par le spéculum, ulcération sur le col, occupant à peu près la moitié de son pourtour et semblant s'enfoncer dans la cavité utérine. Annexes saines.

Dilatation du col ; introduction d'un morceau de nitrate d'argent de 2 centimètres ; tamponnement avec de la ouate glycérinée.

16. Mauvaise nuit ; douleurs lombaires exaspérées ; l'hémorragie a diminué. Injection de deux litres d'eau très chaude ; tampon glycériné.

18. Hémorragie très diminuée ; l'injection vaginale ramène des débris de muqueuse utérine.

Suppositoires morphinés dans le rectum.

18. Il s'écoule encore un peu de sang.

Les jours suivants, il ne s'écoule plus qu'une eau roussâtre ; cet écoulement continue jusqu'à la fin de mai, et la malade sort.

15 juin. Très forte hémorragie depuis la veille au soir ; la malade rentre dans le service.

16 juin. Le sang a coulé toute la nuit. Le matin, à 10 heures, application d'un vésicatoire de forme carrée, grand comme la face palmaire, sur la région hépatique, débordant un peu les fausses côtes. Pas d'autre médication. Le soir, à la contre-visite, écoulement très diminué.

17 juin. L'hémorragie s'est complètement arrêtée pendant la nuit. Le vésicatoire a bien pris ; pansement, repos absolu.

18 et 19 juin.—Pas une goutte de sang. Léger écoulement leucorrhéïque. Repos, injections boriquées chaudes, vin de quinquina. L'ulcération a disparu. La malade sort guérie le 29 juin.

Observation VI

Professeur Tédenat

Due à l'obligeance du docteur Soubeyran, chef de clinique

Sclérose utéro-ovarienne avec kyste de l'ovaire chez une arthritique — Laparotomie. — Guérison.

Mme P... ménagère à Quillan (Aude), 22 ans.

Entre à l'hôpital le 1er avril 1902 pour douleurs abdominales et pertes rouges.

Elle a eu une chorée qui dura 2 mois à l'âge de 9 ans.

Réglée à l'âge de 13 ans. Règles très irrégulières, durant de 12 à 14 jours par mois. Pas de pertes blanches.

A l'âge de 16 ans, la malade éprouve des douleurs abdominales et de la dysménorrée. M. Tédenat, consulté à ce moment, trouva un utérus gros et fit le diagnostic de rétroversion chez une arthritique avec sclérose utérine. A l'examen des urines : hypoazoturie et albuminurie.

M. Tédenat ordonne un régime spécial (légumes ; absence de viandes, douches, frictions sèches, exercice modéré), la malade se trouva fort bien de ce régime et n'avait plus aucun trouble au bout d'un an environ.

La malade se maria, il y a un an, et changea de régime. Elle allait très bien depuis sept ans, lorsque subitement, quelque temps après son mariage, les troubles reparaissent et la décident à rentrer à l'hôpital.

Deux mois après son mariage, les règles manquèrent ; elle eut des douleurs gastriques, des nausées, des vertiges qui lui ont fait croire à une grossesse. Puis, au cinquième mois de son mariage, les règles sont revenues (18 janvier 1902).

Elle prit des lavements laudanisés pendant huit jours. Quatre jours après, nouvelles pertes rouges durant trois

jours. Depuis lors, elle perd en rouge irrégulièrement tous les quatre ou cinq jours; ces pertes sont, en général, légères ; le 28 mars, cependant, la perte a été assez abondante avec de petits caillots, et, depuis lors, elle perd tous les jours. De plus, elle souffre dans la région lombaire et éprouve, de temps en temps, quelques douleurs en urinant. La malade prétend avoir vu son ventre grossir, ainsi que les seins. Elle a un peu engraissé également.

Depuis trois ou quatre jours, elle souffre du côté de la fosse iliaque gauche; les douleurs sont assez fortes et sourdes.

Etat actuel. — Femme à faciès coloré, rougeaude, un peu nerveuse, sans crises cependant.

L'appétit est moyen. Elle digère assez bien, ne vomit jamais. Pas de constipation ni de douleurs dans le bassin.

Elle ne tousse pas. Le cœur est normal (pouls 80).

Les artères sont peu souples.

L'urination est normale (deux fois la nuit d'habitude).

Les urines donnent à l'analyse, le 9 avril :

14 gr., 8.....	d'urée par litre.
1 gr., 50.....	d'albumine.
1015	à la densité.

Leur réaction est acide.

Examen. — Les seins sont assez volumineux, durs. Il existe quelques tubercules; pas de masque spécial. L'abdomen possède une paroi grasse. On ne délimite pas l'utérus.

Au toucher : le vagin est normal.

Le col regarde à gauche. Il est un peu mou, entr'ouvert.

Le corps est incliné à droite et paraît augmenté de volume.

Le cul-de-sac gauche est effacé. On sent les annexes gau-

ches du volume du poing. Elles sont dures et peu douloureuses.

M. Tédenat pense à une grossesse extra-utérine siégeant à gauche.

7 avril. — La malade perd en rouge et a des douleurs lombaires.

Elle attend ses règles le 8. On donne des injections vaginales chaudes.

8 avril. La malade ne perd plus en rouge; elle souffre dans la région lombaire. On propose une intervention.

9. La perte a reparu hier, assez abondante. La malade a rendu des caillots du volume d'un œuf, dans lesquels il est impossible de retrouver des membranes. Elle souffre dans la région lombaire. Le faciès est bon. On donne deux lavements salés par jour.

10. La malade a encore perdu la veille. Elle a *marqué* pendant quelques jours, puis elle a eu un faux travail (expulsion de la caduque). Le pouls est à 105.

Le col tend à se fermer. On donne un lavement laxatif.

11. Quelques coliques dans la nuit précédente.

Perte rouge, légère avec de petits caillots.

Elle ne souffre pas ce matin. On la prépare.

Elle a été purgée avec l'eau de sedlitz.

Au toucher : le col est un peu moins ouvert.

Il se referme; la tumeur semble diminuer. Rien dans le col.

12. *Opération.* — Anesthésie à l'éther. Laparotomie. Incision sous-ombilicale. Paroi très grasse. Le ventre ouvert, l'opérateur va saisir les annexes gauches et une tumeur ovarique du volume d'une orange moyenne apparaît. Sa coloration est bleuâtre et sa surface lisse.

Elle adhère à la trompe et on doit l'en séparer, son pédicule est lié au catgut; un surjet de catgut ferme la ligne

qui l'unissait à la trompe. Sur la trompe, il existe 2 ou 3 petits kystes; la trompe est saine.

L'utérus est un peu gros et incliné à droite, rose pâle, sans bosselures fibromateuses.

Annexes droites. — Trompe normale avec 2 ou 3 petits kystes; ovaire jaunâtre, sillonné comme celui d'une femme plus âgée (*sclérose utérine et ovarienne*).

Suture du péritoine avec surjet de catgut, et de la peau au crin de Florence. Pansement.

Examen de la pièce. — Le kyste s'est vidé au cours de l'opération; il s'est écoulé un liquide clair et limpide. Son volume était celui d'une orange. Sa couleur est blanc bleuâtre.

La paroi est épaissie à un de ses pôles et formée là par l'ovaire épaissi et bourré de kystes.

A l'incision de la poche, la face interne apparaît rouge et très vascularisée, et sur elle font saillie une foule de petits kystes à liquide clair.

13 avril. — On donne deux lavements de lait et deux lavements de sérum. Nuit calme. Pas de vomissements, Température : 38° le soir.

14 avril. — Température : 37,6. Pouls 116. Faciès excellent. Emission de gaz. Pas de suintement.

15. — Ne perd pas, selle abondante la veille après un lavement laxatif. Température ; 39° 4 le soir.

16. — Premier pansement. Un peu de rougeur sur la plaie.

17. — Température : 39, la veille au soir. La malade va bien du corps, ne souffre pas. Faciès excellent.

20. — Pansement. Suppuration légère du dernier fil. Ablation des fils.

30. — La légère sécrétion de la plaie est tarie. La malade engraisse.

15 juin. — Sort complètement guérie.

Observation VII

Prof. Tédenat.

Hypertrophie de l'utérus. Pertes aqueuses fétides. Légères ménorrhagies. Petit brightisme. Guérison.

Madame Marie C..., âgée de 41 ans, réglée à 15 ans d'une façon irrégulière et avec des accidents de chlorose peu graves jusqu'à 19 ans. Mariée à 23 ans. Les règles sont régulières depuis l'âge de 20 ans durant 4 ou 5 jours, d'abondance moyenne avec quelques flueurs blanches. Accouchements normaux à 25 ans, 29 ans, 34 ans ; suites de couches simples.

Vie sédentaire, alimentation surtout carnée. Constipation habituelle et tenace, nécessitant depuis l'âge de 25 ans des lavements fréquents. Depuis cinq ou six ans, malgré une alimentation peu abondante et des digestions lentes, la malade a beaucoup engraissé, et pour combattre cet état, elle a exagéré l'alimentation carnée. Maux de tête fréquents, vagues douleurs rhumatoïdes dans les membres ; extrémités froides, susceptibilité accentuée au froid.

Depuis six mois (mai 1893), pesanteur dans les lombes et à l'hypogastre; les règles, un peu plus abondantes mais sans caillots, durent cinq ou six jours au lieu de quatre ou cinq. Mais les pertes blanches fluides sont très abondantes, mouillant le linge ; elles sont devenues très fétides. Cette fétidité a fait diagnostiquer un cancer de l'utérus.

20 octobre. — Malade pâle, s'essoufflant facilement. Rien aux poumons, bruits du cœur un peu faibles, sans dilatation, sans souffles organiques, pouls petit à 90. Pas d'œdème aux

membres inférieurs. L'urine varie de 800 à 1000 grammes et contient de 10 à 12 grammes d'urée ; pas d'albumine.

Abdomen : Battements épigastriques, dilatation du gros intestin en ptose. Rein gauche un peu abaissé. Utérus mou, à col entr'ouvert sans lésions de trachélite. Corps en rétroversion légère avec abaissement. Longueur intérieure, 8 centimètres ; à l'hystéromètre et à l'exploration digitale, la muqueuse est épaissie, molle sans fongosités et sans formations polypeuses. Le tissu utérin est plutôt flasque. Pendant dix jours, irrigation intra-utérine chaude avec de l'eau salée à 7/1000, drainage avec gaze iodoformée ; frictions sèches sur tout le corps ; régime lacto-végétarien. Sangle de Glénard contre la ptose viscérale.

3 novembre. — Utérus plus ferme, pertes fortement diminuées. Les règles durent du 4 au 9 novembre un peu moins abondantes. Sensation de pesanteur moindre, toute odeur des pertes a disparu.

La malade rentre dans sa maison. M. Tédenat l'a revue souvent en bonne santé. Elle continue les frictions sèches, prend tous les cinq jours un bain chaud contenant six kilog. de sel marin et 200 grammes de carbonate de soude. Son alimentation consiste en un litre de lait et des légumes. La constipation a disparu, les règles sont régulières, leucorrhée insignifiante et sans la moindre odeur (juin 1902).

Observation VIII

Thèse de Saisy, Paris

Métrorrhagies chez une brightique

Marie G..., 39 ans, ménagère, entre à la Pitié, salle Valleix, n° 19, le 20 juillet 1897.

A eu la scarlatine il y a 14 ans ; depuis cette époque, elle n'a jamais recouvré la bonne santé dont elle jouissait aupa-

ravant ; mais c'est surtout depuis 3 ans, qu'elle se sent, dit-elle, très malade.

En janvier 1897, elle a dû garder le lit pendant sept semaines pour une bronchite. Le 12 mars 1897, elle rentre à Lariboisière : œdème des membres inférieurs, urines rares, douleurs dans les reins, maux de tête, saignements fréquents du nez.

Elle est soignée pendant trois mois, et, en quittant l'hôpital, elle se souvient qu'elle avait encore dans l'urine 4 grammes d'albumine par litre.

Le 20 juillet 1897, elle entre à la Pitié, elle accuse les mêmes symptômes ; œdème des membres inférieurs, petite quantité d'urine, douleurs de reins ; mais les maux de tête sont intenses ; elle a de la diarrhée. Forte proportion d'albumine dans les urines. Douleurs au niveau des articulations, qui sont rouges et gonflées.

Examen du cœur. — Rien d'anormal, pas de bruit de galop.

Foie. — Déborde un peu les fausses côtes.

Poumons. — Signes de sclérose et d'emphysème pulmonaire.

Histoire de la menstruation. — Réglée à 15 ans ; mariée à 25 ans. Règles toujours régulières. Pas de fausse couche, a eu deux enfants et le dernier accouchement a été assez pénible. Les règles redeviennent régulières, très abondantes, coulent pendant six jours, douloureuses au moment de leur apparition Mais, depuis cinq mois, c'est-à-dire depuis le mois de janvier, elle n'a pas vu.

Juillet 1897. — A perdu du sang deux fois. On pratique l'examen des organes génitaux : le cul-de-sac latéral droit est profond, le cul-de-sac gauche est effacé, pas de tumeur ovarienne ; latéro-flexion prononcée.

Le col de l'utérus est œdématié, lèvres déchiquetées, on

trouve des bosselures sur ce col, qui est sec et qui ne présente rien qui puisse faire croire à une métrite, aucune ulcération, aucune granulation.

Traitement. — Régime lacté. Tamponnement vaginal. Sur les articulations douloureuses, applications de menthol-gaïacol-alcool.

8 août. — Plus de diarrhée.

On prescrit deux lavements par jour avec : chlorure de sodium, 5 grammes ; sulfate de soude, 10 grammes ; eau bouillie, 1 litre.

4 septembre 1897. — Les règles apparaissent.

10 septembre. — Les règles coulent abondamment et plus longtemps que d'habitude.

On prescrit une potion à l'ergotine.

11 septembre. — La perte continue, expulsion de caillots.

13 septembre. — Tamponnement vaginal.

15 septembre. — La perte est arrêtée.

21 septembre. — Maux de tête, palpitations.

4 octobre. — Il y a un mois que la malade a eu ses règles, elles ne sont pas encore revenues.

Observation IX

Professeur Richelot

Pseudo-métrite chez une arthritique

(Thèse de de Hepp, Paris)

Mme P..., 37 ans, ménagère.

Réglée à 13 ans, régulièrement. Mariée à 24 ans, 2 enfants à 24 et à 30 ans. Grossesse et accouchements normaux.

Malade depuis trois ans. Sa maladie a commencé par une perte très abondante qui a duré trois mois et qu'elle n'a pas soignée. Depuis ce moment, ses règles sont devenues plus abondantes ; dans leur intervalle elle a des pertes blanches

gélatineuses et des douleurs abdominales qui augmentent au moment des règles et qui irradient aux reins et aux cuisses. Crampes dans les jambes.

Examen. — Gros utérus morbide qu'on a diagnostiqué fibrome. Annexes grosses surtout à droite.

Le 3 novembre 1896. Hystérectomie vaginale, facile, avec ablation bilatérale des annexes. Gros utérus à parois très épaisses. Enorme ovaire polykystique droit. Ovaire gauche également gros et polykystique.

Suites bonnes.

Observation X.

Prof. Richelot.

Métrite virginale.

Mlle H..., 20 ans, sans profession. Vierge. Est une grande jeune fille, forte, d'apparence très florissante, mais se plaignant souvent de migraines, de névralgies, présentant de l'acné faciale très accentuée. Elle est très nerveuse.

Depuis plusieurs années, elle souffre continuellement dans le bas-ventre ; elle a des pertes blanches abondantes et son état ne s'est amélioré sous l'influence d'aucun traitement médical.

A l'examen médical, un petit utérus très mobile, tantôt en rétroversion, tantôt à col conique, peu entr'ouvert. Les annexes paraissent saines ; elles sont toutefois douloureuses à la pression.

Diagnostic. — Fausse métrite chez une arthritique nerveuse. Peut-être ovaires polykystiques.

Intervention double le 28 avril 1898.

1° Curettage et petit Bouilly avec précautions pour l'hymen ;

2° Laparotomie exploratrice. Utérus petit, normal, mobile ; aucune altération péritonéale. Par contre, on trouve deux ovaires polykystiques, vrais, gros chacun comme un petit œuf. Ignipuncture profonde, soignée des ovaires ; suites parfaites, sauf une exagération temporaire de nervosisme.

Au bout d'une quinzaine de jours, état parfait ; la souffrance a disparu. L'acné s'atténue.

Régime alimentaire.

CONCLUSIONS

I. Il existe, en dehors de l'infection ascendante de l'utérus par le gonocoque et le streptocoque, un groupe d'états morbides qui simulent la métrite vraie, c'est-à-dire infectieuse, mais qui en diffèrent par leur origine.

II. Cette origine, il faut la chercher dans le retentissement sur la matrice, de certaines affections viscérales, de la rétention des enveloppes de l'œuf, de quelques maladies infectieuses générales, de l'arthritisme.

III. — Le traitement de ces fausses métrites se réduit au traitement de leurs causes respectives et exclut toutes les interventions portant sur la cavité utérine et pouvant l'irriter.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 20 novembre 1902
Le Recteur,
A. BENOIST.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 20 novembre 1902
Le Doyen,
MAIRET.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Aran. — Leçons cliniques sur les maladies de l'utérus et de ses annexes (Paris, 1858).

Bernutz et Goupil. — Cliniques sur les maladies des femmes (Paris, 1860).

Bouton. — De la métrite des vierges (Th. Paris, 1887).

Bouilly. — Des métrorrhagies d'origine ovarienne (La gynécologie, avril 1899).

Bumm. — Arch. für Gyn., 1891, XL, 398.

Cornil. — Leçons sur l'anatomie pathologique des métrites (Paris, 1889).

Dalché (P.). — Les métrorrhagies dans les maladies du cœur.

— Les métrorrhagies dans les maladies du foie (Bulletin Soc. Médic. des Hôpitaux de Paris, 1897).

Delbet. — Article métrites, in Traité chirurgie Duplay et Reclus, tom. VIII, Paris, 1892.

De Rouville et Braquehaye. — Consultations de gynécologie (1902).

Doleris. — De l'endom et de son traitement. Bull. et Mém. Soc. d'obs.. et de gynéc., Paris, 1890, tom. II.

— Métrite du corps, métrite du col (Nouvelles archives d'obstétrique et de gynécologie, Paris, 1890, V 541).

— Troubles physiologiq. non inflammatoires de l'utérus (fausses métrites). Nouvelles archives d'obstétrique et de gynécologie, Paris, 1893.

Dupuy. — Des métrorrhagies essentielles (Th. Paris, 1892).

Fauquez. — Métrite parenchym. Chroniq. par arrêt de régression de l'utérus après l'accouchement (Revue médic. chirurgic. des mal. des femmes, Paris, 1881, tom. III, pag. 490).

Gallard. — Leçons cliniq. sur les maladies des femmes, Paris, 1879.

Hallé. — Recherches sur la bactériologie du canal génital de la femme (Thèse Paris, 1898).

Hartmann et Toupet. — Annal. de gynécol., 1895.

Klasson (Anna). — Des faux polypes (Annal. de gynécol., 1891).

Laroche. — Contribution à l'étude de la métrorrhagie symptomatique (Th. Paris, 1885).

Loviot. — Traitement de l'hémorragie et de la congestion utérine chez les neuro-arthritiq. (Annales de la Société obstétricale de France, 1902).

Menge. — Bactériologie des genitalkanales der nihtwangeren und nicht puerperalen Frau. Leipzig, 1897.

Monod. — Des hémorragies utérines chez les femmes âgées (Gaz. hebd. des Sc. médic. de Bordeaux, 1892, XII).

Moulon (Ch.). — La métrorrhagie d'origine paludéenne (Paris, 1898).

Pichevin et Petit. — Métrorrhagies et lésions vasculaires de l'utérus (Paris, 1895).

Pozzi. — Traité de gynécologie (Paris, 1892).

— Des métrites (Méd. moderne, Paris, 1889).

Richardière. — Métrorrhagies déterminées par une congestion ovarienne intense (Ann. gyn., Paris, 1882).

Richelot. — Les pseudo-métrites des arthritiques nerveuses (Bulletin médic., 15 mars 1899).

— La sclérose utérine et la vraie métrite (Ann. de gyn., 1900).

Hepp (Maurice). — Sclérose utérine et métrites chroniques (Th. Paris, 1889).

Saizy. — Troubles des organes génitaux de la femme au cours des différentes affections rénales (Thèse Paris, 1898).

Scanzoni. — Métrite chronique, Paris, 1864.

Schmid. — Métrorrhagie et métrite hémorragiq. (Thèse Paris, 1896).

Schroeder. — Mal. des org. génit. de la femme (1896).

Sinety (De). — Traité pratique de gynécologie (Paris, 1884).

Siredey. — La congestion utérine (la gynécologie, 1901).

— La métrite parenchymateuse chronique (la gynécologie, 1902).

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers Condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.